

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE N° 130

SUR UN CAS
DE
GROS ABCÈS AMIBIEN DU FOIE
D'ORIGINE AUTOCHTONE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Juillet 1921

PAR

KNEBELMANN (Jacques)

Né à Nicolaew (Russie), le 25 juillet 1893

Ancien interne de l'hôpital de Monaco

Décoré de la Croix de guerre (3 citations)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

ESTOR, Professeur, *Président*.

FORGUE, Professeur.

RICHE, Agrégé.

ETIENNE, Agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE
14, Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1921

SUR UN CAS
DE
GROS ABCÈS AMIBIEN DU FOIE
D'ORIGINE AUTOCHTONE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 130

SUR UN CAS

DE

GROS ABCÈS AMIBIEN DU FOIE

D'ORIGINE AUTOCHTONE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 20 Juillet 1921

PAR

KNEBELMANN (Jacques)

Né à Nicolaew (Russie), le 25 juillet 1893

Ancien interne de l'hôpital de Monaco

Décoré de la Croix de guerre (3 citations)

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

ESTOR, Professeur, *Président*.

FORGUE, Professeur.

RICHE, Agrégé.

ETIENNE, Agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER

« L'ABEILLE », IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14. Avenue de Toulouse. — TÉLÉPHONE 8-78

1921



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
Physiologie	GRYNFELTT.
Physique médicale	HEDON.
Chimie biologique et médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	DERRIEN, <i>doyen</i> .
Anatomie pathologique	GRANEL.
Microbiologie	MASSABUAU.
Pathologie et thérapeutique générales	LISBONNE.
Pathologie interne	BOSC.
Thérapeutique et matière médicale	N...
Hygiène	VIRES.
Médecine légale et toxicologie	BERTIN-SANS (II.)
Clinique médicale	N...
Clinique chirurgicale	DUCAMP.
Clinique obstétricale	VEDEL.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	TEDENAT.
Clinique ophtalmologique	FORGUE, <i>assesseur</i>
Clinique des maladies des enfants	VALLOIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MAIRET.
Clinique gynécologique	TRUC.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	BAUMEL.
Clinique des maladies des voies urinaires	ESTOR.
	DE ROUVILLE.
	MOURET.
	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires : MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS et RODET.

Secrétaires honoraires : MM. GOT et IZARD.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD.
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES.
Stomatologie	WATON.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.)
Anatomie	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE.
Chimie	DELMAS (J.).	Physique	CABANNES.
	MESTREZAT.		PECH.

Examineurs de la thèse :

MM. ESTOR, *profes^r, président*.

FORGUE, *professeur*.

MM. RICHE, *agrégé*.

ETIENNE, *agrégé*.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MA FAMILLE

A CEUX QUI ME SONT CHERS

J. KNEBELMANN..

A MON JURY DE THÈSE

AU DOCTEUR MARSAN

MÉDECIN-CHEF DE L'HÔPITAL DE MONACO

*En reconnaissance de sa grande
bienveillance à notre égard pendant nos
deux années d'internat dans son service.*

J. KNEBELMANN.

SUR UN CAS
DE
GROS ABCÈS AMIBIEN DU FOIE
D'ORIGINE AUTOCHTONE

INTRODUCTION

La pathologie hépatique a été l'objet, pendant ces dernières années, de nombreux travaux et certains chapitres en particulier ont été mis au point : nous citerons la spirochétose ictéro-hémorragique, les ictères picriques, etc.

A la suite de l'arrivée en Europe de nombreux contingents coloniaux, plusieurs affections parasitaires qui étaient excessivement rares ou même inconnues en France ont fait leur apparition et suscité la genèse de travaux nouveaux.

La plus fréquemment observée a été l'amibiase, sur laquelle plusieurs auteurs ont attiré l'attention, entre autres Ravaut, Nobécourt et Gimbert, etc., etc.

En effet, les cas d'amibiase « autochtone, » publiés avant cette période étaient très rares : Landouzy, en 1914, n'en a pu réunir que 14.

Il nous a paru intéressant de reprendre la question à

propos d'un malade de l'hôpital de Monaco, que nous y avons vu pendant notre internat et dont une très complète observation a été prise par notre collègue le docteur Tzélépoglou, alors interne en chirurgie au dit hôpital.

Ce malade, atteint d'un gros abcès du foie, a présenté de grandes difficultés de diagnostic et nous nous permettrons, après avoir relaté l'observation, d'attirer l'attention sur quelques signes importants au point de vue clinique et sur le traitement.

OBSERVATION

(Due à l'obligeance de notre ami le docteur C. Tzélépoglou)

G. L..., 47 ans, propriétaire, entre à l'hôpital de Monaco, le 19 août 1919, pour angiocholite.

Rien à noter dans ses antécédents personnels ou héréditaires.

N'a jamais quitté la contrée. N'a jamais eu de dysenterie ni de diarrhée prolongée.

En février 1919, douleur violente, à début brusque et siégeant au niveau de l'hypochondre droit, sans irradiations. Le malade compare ces douleurs à des élancements. Pas de vomissement. Pas de frissons. La température n'a pas été prise.

Cet accès douloureux disparaît spontanément une heure après son début, mais un ictère apparaît qui persistera après la crise.

Les jours suivants, le malade présente comme symptomatologie : un ictère d'intensité moyenne, sans décoloration des matières, et de la température oscillant entre 37°5 et 38°5. Il y a de l'inappétence. L'état général décline. Un traitement consistant en l'administration

de salicylate de soude et d'urotropine reste sans résultat pendant plusieurs mois.

Le malade entre à l'hôpital et nous trouvons à l'examen (20 août) : ictère généralisé, matières décolorées, mauvais état général, fièvre à 39°, point douloureux net au niveau de la vésicule biliaire avec légère tuméfaction de la région, langue sèche, pouls ralenti. Le foie ne déborde pas les fausses côtes. On fait le diagnostic de cholécystite et on décide une intervention qui est pratiquée le 23 août.

Après anesthésie à l'éther, on incise longitudinalement le long du bord externe du grand droit. On arrive aisément sur la vésicule qui ne paraît pas distendue d'une façon anormale et qui ne présente pas d'adhérences.

La ponction ramène de la bile louche. On pratique la cholécystostomie. Le cathétérisme du canal cystique et l'examen du cholédoque ne décèlent ni calculs ni aucune autre lésion. La face inférieure du foie est normale.

Après l'opération, les mêmes symptômes continuent, l'ictère persiste ainsi que la température qui a le type de la fièvre intermittente bilio-septique de Chauffard. La bile s'écoule normalement par le drain. Les matières sont cependant un peu colorées, ce qui montre la perméabilité des voies biliaires.

On se demande si l'on n'est pas en présence d'une spirochétose ictéro-hémorragique. On recueille aseptiquement l'urine qui est examinée par M. Bernin. La coloration à l'argent (méthode de Tribondeau) et la coloration à la thionine phéniquée diluée ne montrent pas de spirochètes.

L'injection du culot de centrifugation à deux cobayes, le 15 septembre, donne un résultat nettement négatif.

A la radioscopie rien de particulier à noter. Légère immobilité du diaphragme à droite.

Le malade est fortement amaigri. La fièvre et l'ictère persistent. Les urines sont albumineuses. L'examen du foie donne toujours les mêmes signes. Des injections intraveineuses de lantol restent sans effet.

Il reste une supposition devant ce tableau, c'est la présence d'un gros abcès hépatique ou d'abcès miliaries multiples. Cette hypothèse est confirmée en partie par ce fait que le malade présente depuis quelques jours une petite toux sèche avec légère congestion de la base droite, suivie d'un épanchement pleural peu abondant. La ponction pleurale permet de retirer un liquide blanc clair qui, centrifugé, laisse déposer un culot légèrement teinté en rouge. A l'examen du culot, on trouve des hématies, des globules blancs (rares) ; aucun élément présentant les caractères des amibes, pas de scolex.

On pratique le même jour des ponctions exploratrices dans le foie. L'aiguille enfoncée en arrière, dans le neuvième espace droit, ramène du pus épais ; à l'examen direct pas de bactéries. Gram négatif. Pas d'amibes. Le pus est mis en culture dans du bouillon simple : la culture demeure stérile. On prescrit des injections de chlorhydrate d'émétine (0 gr. 08 par jour).

Dès le lendemain, la température tombe à 37°8 le matin et à 37°9 le soir. *Le troisième jour le malade est complètement apyrétique.*

Intervention le 2 octobre. On trouve toujours du pus à la ponction dans le neuvième espace. Incision de la peau, résection de la neuvième côte, incision des intercostaux, du diaphragme.

Un flot de pus s'écoule dès l'ouverture du foie, pus épais, bien lié, non fétide et sans membranes. On peut

évaluer sa quantité à 3 litres. Le pus évacué, on se trouve en présence d'une grande cavité en plein parenchyme hépatique et tapissée d'une membrane grisâtre, qui pend par endroits dans l'intérieur. Nettoyage de la paroi; lavage de la poche au lusoforme. Drainage.

Le pus est de nouveau examiné microscopiquement et trouvé stérile. Des cultures en peptone pancréatique phosphatée ne donnent pas de colonies. On continue l'émétine jusqu'au 9 octobre.

Les jours suivants, diminution progressive de la suppuration. Toujours pas de fièvre, les matières sont colorées, l'ictère a disparu. Le malade reprend vite de l'appétit et de l'embonpoint: il a augmenté de 15 kilos dans un mois. La plaie se ferme progressivement en deux mois et demi environ. L'état général du sujet est parfait.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Contrairement aux abcès pyohémiques et biliaires, qui sont multiples, l'abcès amibien du foie, « abcès tropical » de Murchison, est unique. Il siège le plus souvent dans le lobe droit et à la face convexe du foie. La quantité de pus est variable, pouvant aller de quelques centaines de grammes à plusieurs litres. La collection la plus volumineuse qui ait été citée jusqu'à ces jours contenait 8 litres et demi de pus, celle de notre malade s'élevait, comme on l'a vu, à 3 litres. Le pus est jaunâtre; rougeâtre quand il s'y est mêlé du sang; épais, crémeux, parfois coloré en vert par la bile.

Généralement inodore, il peut devenir fétide par simple voisinage de l'intestin ou par suite de communication avec d'autres organes. L'absence de microbes, signalée dans la plupart des observations publiées, est d'une importance capitale. La présence des amibes dans le pus est tout à fait exceptionnelle; elles se trouveraient, d'après certains auteurs, dans la paroi de l'abcès.

Cette paroi est souvent anfractueuse, il s'en détache quelquefois des lambeaux mortifiés. Avec le temps, la membrane pyogénique peut s'entourer d'une membrane

fibreuse. L'abcès naît dans les parties profondes de l'organe et, en augmentant, se rapproche de plus en plus de la surface du foie. Arrivée à cet endroit, la collection purulente peut favoriser la formation des adhérences entre le foie et les organes voisins ; soit, par des ulcérations, se frayer passage vers les cavités naturelles ou vers la paroi abdominale.

SYMPTOMATOLOGIE

Chez la plupart des malades présentant un abcès amibien du foie on trouve dans les antécédents l'existence d'une dysenterie qui, comme l'avait justement fait remarquer Dieulafoy, frappe parallèlement, alternativement ou secondairement l'intestin ou le foie. On peut dire que c'est la même cause infectieuse qui produit isolément ou simultanément l'hépatite, l'abcès du foie et la dysenterie.

Mais, si l'infection amibienne se manifeste le plus souvent de bonne heure par des signes cliniques, il y a cependant des cas, et Ravaut a insisté là-dessus, dans lesquels on peut voir cet abcès amibien du foie sans crises dysentériques préalables. Ce sont des formes torpides, chroniques d'emblée, de l'amibiase, et l'observation ci-dessus relatée entre dans cette catégorie.

Cliniquement un gros abcès du foie peut débiter d'une façon insidieuse et lente, le malade accusant seulement une douleur sourde avec irradiations vers l'épaule droite et présentant un léger subictère.

Mais en général le début est brusque avec un accès

de fièvre complet à exacerbation vespérale, douleur vive à l'hypochondre et à l'épaule droits.

Dutrouleau attachait une grande importance à ces irradiations douloureuses vers l'épaule et les considérait, au point de vue du diagnostic, aussi importantes que la douleur du genou dans la coxalgie.

Après cette période d'invasion, les symptômes que nous venons de signaler continuent en même temps que d'autres signes apparaissent. En effet, l'existence d'une abondante collection purulente à proximité de l'appareil pleuro-pulmonaire n'est pas sans avoir de retentissement sur ce dernier : les malades ont de la dyspnée, une toux sèche et discrète, l'irritation du diaphragme peut provoquer le hoquet.

La teinte ictérique n'est pas constante, elle était pourtant très accusée chez notre malade.

Enfin on peut noter certains troubles dus à l'infection générale et portant surtout sur l'appareil gastro-intestinal, tels l'anorexie, sécheresse de la langue, vomissements, diarrhée bilieuse.

A l'examen du foie on le trouve augmenté de volume, l'étendue de la matité dépendant du siège de l'abcès.

Quelquefois il y a une inflammation des tissus voisins et alors le palper révèle un plastron dur et, parfois même, un peu d'œdème de la paroi.

Bertrand et Sachs ont signalé un frottement péri-hépatique sur lequel les auteurs ont insisté depuis. Il est perçu au palper ou à l'auscultation, au niveau du 7^{me} ou du 8^{me} espace intercostal, sur la ligne axillaire, et il serait dû à une inflammation adhésive de la séreuse.

A l'inspection, on peut, dans certains cas, trouver de l'augmentation des espaces intercostaux et une voussure. Quelquefois aussi il existe une contraction de la paroi

qui oblige le malade à se coucher sur le côté droit en fléchissant les cuisses.

L'examen clinique doit porter aussi sur l'appareil respiratoire et l'auscultation pourra révéler de la congestion à la base et même, parfois, un épanchement pleural.

MARCHE ET TERMINAISON

Suivant la rapidité avec laquelle apparaissent et évoluent les différents symptômes que nous venons de décrire, on peut reconnaître trois formes : aiguë, subaiguë et chronique. La terminaison, dans ces trois formes, varie peu.

Exceptionnellement on peut voir la guérison spontanée.

Dans la plus grande majorité des cas le pus cherche à trouver issue dans une cavité du voisinage ou à l'extérieur.

C'est ainsi qu'on a noté l'ouverture de l'abcès à la peau ; en haut, vers le thorax, le pus peut faire irruption dans les bronches et être expulsé par vomique ; l'évacuation dans la cavité pleurale est beaucoup plus rare.

Le pus peut enfin, mais moins fréquemment, se diriger vers l'abdomen et se vider dans l'estomac ou dans l'intestin, cette dernière terminaison étant de toutes la plus favorable.

Si l'abcès est bien enkysté et ne cherche pas issue par une des voies que nous avons décrites, le tableau infectieux continue, la fièvre bilio-septique persiste avec diarrhée, état typhoïde. Le malade meurt cachectique ou par une infection intercurrente.

DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC

Diagnostic. — Si le diagnostic est relativement facile chez un colonial ayant présenté ou présentant encore des accidents dysentériques, il n'en est pas de même quand il s'agit des cas nettement autochtones et chroniques d'emblée, comme celui du malade de l'hôpital de Monaco.

« Les abcès de l'amibiase autochtone simulent tout, — écrit encore dernièrement Castaigne — depuis les infections typhoïdes jusqu'à la pleuro-péritonite tuberculeuse ascitique. »

Depuis Segond on insiste sur une triade symptomatique dont la constatation doit faire penser à l'existence d'un abcès hépatique : *a*) douleur hépatique fixe ; *b*) augmentation du volume du foie, et *c*) la fièvre intermittente à exacerbation vespérale.

Mais ces trois symptômes sont loin d'être constants. C'est ainsi que chez notre malade il y avait bien une douleur à la pression, mais elle correspondait au point vésiculaire et non au siège de l'abcès. D'autre part, malgré le volume considérable de l'abcès, l'augmentation de la matité hépatique n'a pas été bien notable.

On comprend dès lors qu'on ait confondu l'abcès du

foie avec l'hydronéphrose, abcès ou tumeur de la vésicule biliaire, angiocholite, kyste hydatique suppuré, voire granulie, typhoïde, etc.

On éliminera assez facilement les abcès appendiculaires apparaissant au cours d'une appendicite : les abcès biliaires, apparaissant chez des lithiasiques, s'accompagnant de décoloration des matières avec gros foie et grosse rate, et occasionnant d'emblée des symptômes infectieux graves.

En faveur de l'abcès amibien il y a certains « petits signes » dont quelques-uns ont été décrits par de Brun : langue rouge sur les bords, la pointe et la partie médiane, saburrale sur les parties moyennes.

Petite toux sèche, « toux hépatique » de Galien ; pleurésie à droite, œdème de la paroi, dyspnée *sine materia* et, surtout, *constance du pouls malgré les variations de la température*.

« La dyspnée persistant pendant longtemps serait, — d'après Dutrouleau — en l'absence des signes stéthoscopiques indiquant une affection pulmonaire, presque suffisante pour faire penser à une suppuration hépatique » (J.-L. Faure et Labey.)

On a vu que ce sont précisément ces petits signes qui, chez notre malade, avaient aiguillé vers le diagnostic.

Le procédés modernes d'investigation apportent une contribution importante au diagnostic : la radioscopie révélera quelquefois une ombre unique, nettement arrondie, ou bien, comme chez le malade de notre observation, l'immobilité de toute la moitié droite du diaphragme, signe important d'après Béchère.

A l'examen du sang la leucocytose n'est pas constante.

On n'omettra pas la recherche des amibes dans les selles.

Seule, la ponction exploratrice tranchera en faveur d'une collection purulente du foie, après s'être assuré, par le signe classique de Pfühl, que le pus ne vient pas de la plèvre.

Si la première ponction est blanche, il faut, comme le conseille Chauffard, larder pour ainsi dire le foie par une couronne rayonnante de ponctions exploratrices.

Pronostic. — Le pronostic dépend de la forme de l'hépatite, il est plus grave quand l'évolution est rapide. Il dépend aussi et surtout du diagnostic qui, posé à temps, permettra d'instituer le traitement, spécifique pour ainsi dire, par l'émétine dont l'effet pourra amener la guérison ou du moins mettre le malade en meilleures conditions pour supporter l'intervention chirurgicale, nécessaire dans la plupart des cas.

TRAITEMENT

A. Traitement médical

Les anciens prescrivait l'ipéca en lavage ; mais, les résultats étant médiocres, le traitement médical était peu en honneur.

Il n'en est plus de même depuis que Rogers (1912) eût remis en honneur l'émétine, recommandée dès 1819 par Pelletier et Magendie.

Rogers vidait l'abcès par ponction et injectait dans la cavité 0 gr. 06 de chlor. d'émétine dissoute dans 20 cc. d'eau. En même temps il pratiquait des injections hypodermiques de chlor. d'émétine à 0 gr. 06, pendant 5 à 6 jours.

Le pus, retiré par ponction, étaitensemencé et, en cas de culture positive, Rogers conseillait l'ouverture de l'abcès.

Actuellement, une fois le diagnostic posé, on pratique des injections hypodermiques ou intra-musculaires de chlor. d'émétine à la dose de 0 gr. 08 par jour, pendant 5 ou 6 jours ou plus, sans toutefois dépasser la dose globale de 1 gramme, dose maxima de sécurité.

L'émétine joue un rôle stérilisant très net et on a

même noté des cas de guérisons complète par ce traitement uniquement médical (Auger et Brocq).

Mais il faut dire que cette guérison complète est rare et le traitement chirurgical s'impose le plus souvent.

B. Traitement chirurgical

Avant l'ère aseptique, l'ouverture se faisait en deux temps, la première opération ayant pour but la création des adhérences.

L'ouverture franche et rapide a été pratiquée pour la première fois par Stromeyer-Little, dont le procédé comportait la recherche du pus par ponction et lorsque celle-ci était positive, incision — sur le trocart laissé en place — en un seul temps de toutes les parties se trouvant entre le pus et l'extérieur. L'ouverture était suivie de lavage et de drainage.

A l'heure actuelle on préfère inciser plan par plan et fixer le foie aux lèvres de la plaie avant l'ouverture de l'abcès. De cette façon on évite la blessure des organes importants qui pourraient s'interposer entre la paroi abdominale et le foie, et aussi la souillure du péritoine par le pus qui n'est pas toujours aseptique. Assurer un large drainage de la cavité.

Soins post-opératoires

Continuer pendant quelques jours les injections d'émétine, si la dose maxima n'a pas été atteinte antérieurement. Lavages quotidiens de la cavité avec des solutions antiseptiques faibles.

Tonifier et alimenter progressivement le malade.

Les résultats immédiats et éloignés de cette intervention sont excellents.

L'exemple de notre malade, arrivé à un état de cachexie très prononcé, et qui a repris 15 kilogr. en un mois, est frappant à cet égard.

CONCLUSIONS

I. — L'abcès amibien autochtone, extrêmement rare avant 1914, est devenu un peu plus fréquent depuis.

II. — Cet abcès peut être la seule manifestation de l'amibiase; notre observation en est l'exemple.

III. — Les grands symptômes de suppuration ne sont pas toujours au complet; ce sont bien souvent les « petits signes » qui guident le diagnostic.

IV. — L'unicité de l'abcès et la stérilité du pus, dans la plus grande majorité des cas, en sont les traits caractéristiques.

V. — Le diagnostic présente souvent de très grandes difficultés; seule la ponction exploratrice permettra de l'établir d'une manière à peu près sûre.

VI. — Affection grave. Le pronostic dépend de la précocité du traitement, basé sur un diagnostic sûr.

VII. — Le traitement par le chlor. d'émétine s'impose toujours, mais il n'exclut pas, le plus souvent, le traitement chirurgical, celui-ci étant d'une efficacité incontestable.

BIBLIOGRAPHIE

- LANDOUZY et DEBRÉ. — Bull. Acad. de méd., mars 1914.
- RAVAUT. — L'amibiase chronique en France à la fin de l'année 1916 (Presse médic., n° 9, 1917).
- Syphilis, paludisme, amibiase (Masson, 1918).
- FAURE (J.-L.) et LABEY. — *In* Le Dentu et Delbet (Nouveau Traité de chirurgie, 1910, t. XXVII).
- AUGÉ et BROcq. — Réunion méd.-chir. de la V^e Armée (Presse médicale, n° 5, 1917).
- CHAUFFARD. — Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. Paris, 1913, n° 10.
- CASTAIGNE et CHIRAY. — Manuel des maladies du foie et des voies biliaires (Masson, 1918).
- CASTAIGNE et FIESSINGER (N.). — Les maladies du foie et des voies biliaires (Poinat, 1918).
- FORGUE. — Précis de pathologie externe.
- SCOTTI. — Absès amibien du foie et son traitement par l'émétine (Thèse de Montpellier, 1917, n° 17).
- NOBÉCOURT et GIMBERT. — Bull. et Mém. Soc. méd. hôp. Paris, 18 janvier 1918).
- ANGLADA et DERRIEN. — Bull. de la Soc. des sc. méd. de Montpellier, 1913.
- GARINS. — Lyon médical, CXVI, 1918.
- DIEULAFOY. — Manuel de pathologie interne, t. II.
- DUTROULEAU. — Maladies des Européens dans les pays chauds.
- GASQUET (P.) et TZÉLÉPOGLOU (C.). — Gros absès amibien du foie d'origine autochtone (Montpellier médical, 1920).

MURCHISON. — Maladies du foie.

KELSCH et KIENER. — Traité des maladies des pays chauds.

BERTRAND et FONTAN. — Traité méd.-chir. de l'hépatite suppurée des pays chauds.

DEBRAY. — De l'absence des microbes dans les abcès du foie (Thèse de Paris, 1895).

SEGOND. — *In* Traité de chir. Duplay et Reclus, t. VI, 1898.

SACHS. — Arch. de méd. navale, 1878.

MAC LEAD. — Brit. med. Journal, 1880.

ROGERS. — The Lancet, oct. 1912.

ROZÉ. — Dysenterie amibienne et chlor. d'émétine (Thèse de Paris, 1916, n° 290).

CATTO. — Contribution à l'étude des abcès du foie à pus stérile (Thèse de Paris, 1895).

En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Sur un cas de gros abcès amibien
du foie d'origine autochtone,

par M. Jacques Knebelmann.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier, le 13 juillet 1921.

Le Professeur,
ESTOR.

Vu :

Montpellier, le 13 juillet 1921.

Le Doyen,

E. DERRIEN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 13 juillet 1921.

Le Recteur,

Jules COULET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
